

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

419

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André BOURMALO

De la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

Né à Savenay (Loire-Inférieure) le 10 Juillet 1909

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES STÉNOSES
DE LA TROISIÈME PORTION DUODÉNALE
PAR LE PÉDICULE MÉSENTÉRIQUE**

Président : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André BOURMALO

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux du Havre
Né à Savenay (Loire-Inférieure) le 10 Juillet 1909

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES STÉNOSES
DE LA TROISIÈME PORTION DUODÉNALE
PAR LE PÉDICULE MÉSENTÉRIQUE

Président : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri).. Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU.... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBÉ (Henri)... Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE.. Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale
 J. BEZANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FIANCÉE

En témoignage de profonde reconnaissance et d'affection très vive.

A MES PARENTS ET AMIS

A MES AMIS ET COMPAGNONS D'ÉTUDES

ARMAND HERVO

JEAN LIOT et ANDRÉ ROLLAND

Anciens Internes des Hôpitaux du Havre

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

Professeur d'hygiène et de clinique de la première enfance

Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés

Officier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

*Pour le grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

Stage

MESSIEÛRS LES DOCTEURS SÉBILLEAU
ET FAVREUL

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR PASQUEREAU.

MONSIEUR LE DOCTEUR CASTAGNARY.

MONSIEUR LE DOCTEUR PICARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON SOURDILLE (*in
memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR LEROUX.

MONSIEUR LE DOCTEUR GENDRON (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR GOURDET (*in memoriam*)

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DU HAVRE

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOUENE.

MONSIEUR LE DOCTEUR STEMPOWSKI.

MONSIEUR LE DOCTEUR BUCHARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR AUVRAY.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVAL

Chirurgien des Hôpitaux du Havre

ET

MONSIEUR LE DOCTEUR DERUAS

Radiologiste des Hôpitaux du Havre

*Qui nous ont autorisé à prendre
l'observation de leurs malades.
Hommage de vive gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VANIER

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et m'a aidé de ses conseils. En
témoignage de ma respectueuse affec-
tion et de ma profonde reconnaissance.*

AVANT-PROPOS

Les Sténoses duodénales ont déjà fait l'objet d'études nombreuses.

Cependant, l'étude particulière de l'obstruction du duodénum par le pédicule mésentérique n'a fait l'objet que d'un nombre restreint d'observations.

Nous voudrions, à notre tour, apporter notre contribution aux travaux effectués dans cet ordre d'idées par certains auteurs.

Notre maître, M. le Docteur VANIER, a bien voulu nous prêter cette observation. C'est lui qui nous a suggéré l'idée de composer la présente thèse sur ce sujet. Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre gratitude respectueuse tant pour cette suggestion que pour la bienveillance éclairée qu'il nous a toujours témoignée.

OBSERVATION

M. L..., âgé de 60 ans, est venu consulter le 17 octobre 1933. Les premiers troubles sont apparus trois ans auparavant et consistaient en vomissements, qui, à ce moment, apparaissaient tous les quinze jours, ou toutes les trois semaines. Ils n'ont été précédés d'aucune douleur abdominale, et, depuis leur existence, il n'y a jamais eu, à proprement parler de crise douloureuse digestive.

Ces vomissements sont devenus plus fréquents au fur et à mesure de l'évolution, et, actuellement, ils surviennent tous les dix jours ; mais, il faut tenir compte de ce que le malade restreint son alimentation pour les éviter. Ces vomissements sont tardifs : sept à huit heures après les repas, ils sont liquides, bilieux, jaunes verdâtres, très acides, provoquant même parfois des poussées de stomatite.

Dénutrition considérable due en grande partie à la restriction volontaire des aliments. (Le malade a perdu neuf kilogs en un an, et est tombé, en trois ans, de soixante-sept à cinquante-trois kilogs).

Pas d'hémorragie digestive. Selles régulières, non



Examen en station debout.

décolorées. Notable diminution de l'élimination des urines.

Actuellement, les vomissements sont devenus assez douloureux ; il existe des renvois très acides, avec gaz et ballonnements épigastriques.

Le malade a remarqué que ses troubles s'atténuent sans disparaître quand il est dans le décubitus ventral.

Un traitement médical prolongé, et, un régime sont restés sans résultat.

En mai 1932, un premier examen radiologique a été pratiqué. Il a montré un estomac allongé dont le bas-fond dépasse la ligne bi-crête iliaque de trois travers de doigt.

On ne voit pas d'irrégularité des contours gastriques, et on ne détermine aucune douleur nette et localisée des parois gastriques.

Des contractions péristaltiques apparaissent, elles se propagent bien, mais sont peu fréquentes et aboutissent à l'évacuation sans spasme du pylore.

Le bulbe duodénal s'injecte bien, il est un peu dilaté ; il s'évacue ensuite dans la deuxième partie du duodénum qui est très dilatée et forme une véritable poche dans laquelle s'accumule la bouillie opaque. Cette poche s'évacue ensuite petit à petit et lentement sans que l'on puisse voir son mode d'évacuation ; en tous cas, elle est parcellaire et la position couchée l'accélère.

Une radiographie a été faite et montre la poche duodénale.

Revu deux heures et demie après l'ingestion de la bouillie opaque, l'estomac est presque complètement évacué, il reste encore un peu de bouillie opaque dans le bas-fond gastrique et dans le fond de la poche duodénale constituant deux niveaux liquides.

Le reste de la bouillie traverse normalement l'intestin grêle.

Revu huit heures après l'ingestion de la bouillie opaque, cette dernière occupe la fin du grêle, le cœcum, le colon ascendant.

Revu vingt-quatre heures après la première ingestion et douze heures après la seconde, tout le cadre colique est rempli de bouillie, une partie même a été rejetée dans les selles.

On ne remarque aucune image anormale.

En résumé : on note que la traversée du duodénum s'effectue difficilement, que sa deuxième portion est très dilatée, formant une poche (est-ce un très gros diverticule accolé au duodénum ? cela ne paraît pas).

Le transit s'y effectue cependant, il est gêné en position debout, et très amélioré par la position couchée. Le transit à travers les autres parties de l'intestin est normal.

Depuis quelques mois le malade porte une ceinture qui ne l'a amélioré que très légèrement et temporairement.

Antécédents :

Aucune autre maladie à signaler. Pas de syphilis.



Examen en décubitus ventral.

A eu deux enfants séparés par vingt ans d'intervalle.

Examens à la date du dix-sept octobre 1933 :

1^o Amaigrissement très prononcé frisant la cachexie ; Peau sèche. Relief osseux, saillant. Dépression épigastrique.

2^o Six heures après le repas, très important clapotage sus et sous-ombilical.

3^o Pas de tumeur perceptible dans l'abdomen.

Foie et rate cliniquement normaux. Pas d'adénopathie.

Cœur et poumons normaux.

Tension artérielle = 12-8.

Les urines sont foncées et ne contiennent pas d'albumine.

L'examen radiologique pratiqué le 23 octobre 1933 a montré :

Cœur et poumons normaux.

Estomac

Avant toute ingestion de baryte, on remarque les dimensions considérables de l'estomac, et plus spécialement de la poche à air.

Petite quantité de liquide à jeun.

La baryte tombe dans un estomac très allongé dont le bas fond, qui descend largement au-dessous des crêtes iliaques, ne tarde pas à prendre la forme en cuvette.

Au début de l'examen, quelques contractions

rare se produisent. Elles ont pour effet d'injecter une poche duodénale située sur le flanc droit de l'autre et, dont le soulèvement par le distincteur fait refluer le contenu dans l'antrum pylorique.

Par la suite, il ne se produit plus, malgré une attente prolongée, ni contraction, ni évacuation pylorique. A aucun moment le bulbe ne s'est bien injecté ; un peu de baryte reste accrochée au niveau du pylore (voir 1^{er} cliché).

Pas de point douloureux à la pression.

En position couchée :

Décubitus ventral.

L'estomac se vide immédiatement (incontinence pylorique) dans un duodénum très dilaté, dans lequel la baryte s'accumule.

L'injection du duodénum s'arrête brusquement au milieu de D3, en regard de la colonne vertébrale (2^{me} cliché).

2^{me} EXAMEN (cinq heures et demie après le premier)

La partie moyenne de l'estomac est remplie par des aliments qui viennent d'être ingérés.

Le bas fonds dessine une image typique de cuvette ou les deux tiers de la baryte se trouvent encore.

En bas et à droite de cette cuvette une tache assez peu opaque semble correspondre à la partie du duodénum injectée sur le deuxième cliché.

Enfin, une petite partie de la baryte, au-dessous

de l'estomac, injecte l'angle hépatique, le colon transverse et l'angle splénique.

3^{me} EXAMEN : *Dix heures après le premier. Quatre heures et demie après le deuxième*

1^o Il reste un quart environ de la baryte dans le bas fond gastrique.

2^o Il en subsiste également une quantité importante dans l'anneau duodénal dilaté, qui est très nettement injecté.

3^o Le reste se trouve, pour la plus grande partie, dans les anses grêles qui sont ptosées dans le bassin ; et, pour une petite part dans le côlon.

CONCLUSION : Sténose duodénale dont le siège paraît être la troisième portion.

Rétrodilatation considérable du duodénum et de l'estomac. Atonie gastrique presque complète avec insuffisance pylorique.

Examen des selles :

Selles presque normales témoignant seulement d'un léger degré d'insuffisance bilio-pancréatique.

Examen du liquide gastrique :

(Méthode de Topfer-Linossier).

A jeun

Pas de liquide. Une heure après le repas d'Ewald, la presque totalité du repas se retrouve dans l'es-

tômac. Le liquide verdit rapidement (présence de bile).

Dosage de l'acidité

HCL libre = 0,49.

Acidité totale = 0,98.

Acidité de fermentation = 0,21.

Chlore combiné = 0,28.

Soit une hypoacidité notable.

Pas de sang.

Diagnostic

Les signes cliniques et radiologiques font poser le diagnostic de sténose de la troisième portion du duodénum, probablement par pédicule mésentérique, avec rétrodilatation considérable de la portion sus-jacente du duodénum, et asystolie gastrique.

L'intervention chirurgicale est conseillée. Elle est acceptée et pratiquée le 9 novembre 1933 par le Dr DUVAL.

Anesthésie locale à la novocaïne.

On trouve un duodénum extrêmement dilaté, comme le montre la radiographie. La dilatation s'arrête net au-dessous des vaisseaux mésentériques ; au delà le duodénum est petit et rétracté.

Les vaisseaux mésentériques sont artério-scléreux et forment une corde rigide qui comprime très nettement le duodénum à ce niveau. Un duodéno-jéjunostomie paraissant difficile, on fait simplement une gastro-entérostomie.

Suites opératoires

État précaire pendant trois jours. D'abord à cause de l'état de dénutrition du malade, ensuite parce que l'estomac ne s'évacue pas du tout.

Le troisième jour, facies péritonal ; pouls rapide. Un lavage gastrique ramène deux litres de liquide bilieux. A la suite d'émission de gaz, l'état va en s'améliorant. Réalimentation progressive sans vomissement.

Lever à partir du sixième jour. Lorsque le malade fait ses premiers pas, on note un peu d'œdème des membres inférieurs, dû probablement à des troubles de réhydratation.

Sorti de la clinique le 30 novembre 1933.

Depuis, le malade a été suivi régulièrement, et revu, pour la dernière fois, à la mi-février 1935.

A ce moment-là, il avait repris six kilogs et, à condition de porter sa ceinture, il n'éprouve plus aucun trouble dyspeptique, bien qu'il se soit remis à un régime normal.

HISTORIQUE DE LA QUESTION

Depuis 1842 où ROKITANSKY a entrevu l'importance de la compression du duodénum par l'artère mésentérique, de nombreux travaux ont été publiés sur l'occlusion aiguë post-opératoire. Les accidents chroniques étaient à peine signalés par quelques auteurs.

C'est au cours d'opérations entreprises avec un diagnostic bien différent qu'on a pu constater une dilatation du duodénum s'arrêtant juste au niveau de la corde mésentérique.

Les premiers chirurgiens (ROBINSON, FINNEY, BLOODGOOD) refermèrent simplement l'abdomen ; les malades moururent plus ou moins longtemps après l'intervention (vingt-sept jours, BLOODGOOD) sans que les accidents aient été modifiés.

Dans la suite, une meilleure observation des faits permit de dégager un ensemble de symptômes capable d'entraîner le diagnostic de l'affection.

Une série de travaux sur l'occlusion chronique

du duodénum par le pédicule mésentérique apporte alors quelques vues sur la question.

KUNDRAT, en Autriche, à la « Société des Médecins de Vienne » rapporte, en 1891, trois cas d'étranglement du duodénum au niveau de l'artère mésentérique supérieure.

PHILIPPE, en 1899, dans sa Thèse rapporte les trois cas de KUNDRAT en y ajoutant une observation d'occlusion du duodénum par l'artère mésentérique supérieure.

M. Louis Alfred PETIT, dans sa thèse soutenue à Paris en 1900 et intitulée « De l'étranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère » nous communique deux observations inédites « d'obstruction intestinale du duodénum au niveau de son passage sous la mésentérique » (par le professeur Campenon).

En 1920, LEVEUF dans un numéro de la *Revue de Chirurgie* décrit l'occlusion chronique du duodénum par compression mésentérique.

En 1920 également, M. Pierre DELBET dans un *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris* cite un cas d'occlusion chronique du duodénum par compression du pédicule mésentérique.

C'est dans ce même *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris* qu'en 1922 M. Pierre MOCQUOT nous communique un autre cas « d'obstruction duodénale, par le pédicule mésentérique ».

Enfin en 1925 paraît dans *La Société Médicale des Hôpitaux* un article signé de MM. BRIN et D. DE-

NÉCHAU (d'Angers) sur « un cas de compression chronique de la troisième portion du duodénum par la mésentérique supérieure athéromateuse et considérablement augmentée de volume » qui semble intéresser plus directement notre sujet...

SYMPTOMATOLOGIE

Chez notre malade, les vomissements alimentaires, puis bilieux (signes d'une occlusion sous-vatérienne du duodénum) qui par leur répétition, entraînent un état de dénutrition accentué, dominant toute la symptomatologie.

La douleur fait en effet défaut ; pas de « crampes épigastriques », aucune sensation de pesanteur ou de torsion. Seule une tension douloureuse légère au niveau de l'épigastre, accompagne les vomissements et n'apparaît d'ailleurs que peu de temps avant l'intervention.

Les vomissements représentent le symptôme important qui, plus que tout autre, préoccupe notre malade.

Leur caractéristique est d'être bilieux et intermittents.

Ils sont liquides, jaunes verdâtres, très acides, à tel point qu'ils provoquent des poussées de stomatite. La présence de bile permet d'affirmer le siège sous-vatérien de l'obstacle duodénal.

Ils ne dégagent aucune odeur marquée, en aucun cas ils ne sont fécaloïdes. Ils surviennent par crises, sans prodromes, environ sept à huit heures après les repas et se produisent au début toutes les trois semaines, puis tous les dix jours. Dans l'intervalle, notre malade mène une vie normale.

Il maigrit cependant rapidement (9 kilogs en un an, 14 kilogs en trois ans) d'autant plus que par crainte de vomir, il restreint son alimentation.

Il présente un état général grave, une pseudo-cachexie, rappelant la cachexie cancéreuse.

Les selles sont régulières, et leur examen ne révèle rien d'anormal.

L'élimination des *urines* a notablement diminué. BARLOW et d'autres médecins anglais ont d'ailleurs admis que les urines sont rares dans les obstructions aiguës siégeant sur l'intestin grêle.

Aucune trace d'albumine à l'analyse.

Un fait dans notre observation caractérise bien la sténose duodénale par pédicule mésentérique, c'est *l'influence de la position sur ces crises*. Le malade trouve en effet, de lui-même, un palliatif à ses troubles. La position génu-pectoral; celle dite « de la prière mahométane », parfois le décubitus ventral, « ouvrent le compas artériel et font cesser la compression du duodénum » (GUTMANN).

L'examen ne donne que peu de résultat.

On trouve cependant un symptôme pathognomonique de l'occlusion à siège élevé : l'absence de ballonnement du ventre. Non seulement le ventre

de notre malade est complètement plat, mais il est complètement rétracté, formant une véritable dépression.

On peut, dix heures après le repas, provoquer à la main, un important clapotage sus et sous ombilical, mais on ne perçoit aucune tumeur abdominale.

La manœuvre de Hayes n'a pas été employée.

L'examen de tous les autres appareils révèle leur intégrité.

SYMPTOMES RADIOLOGIQUES

L'examen radiologique de notre malade est pratiqué une première fois en mai 1932, puis à dix-sept mois de là, le 23 octobre 1933.

Au cours d'une radioscopie en mai 1932, on observe déjà un abaissement assez marqué de l'estomac dont le point déclive est à trois travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques.

Les contractions péristaltiques sont peu fréquentes, mais aboutissent à une évacuation parfaite, *jusqu'à la deuxième portion du duodénum*, où vient s'accumuler la bouillie opaque. Cette poche ne s'évacue ensuite que très lentement, mais le décubitus ventral, de même qu'il atténuait les différents troubles cliniques, *accélère considérablement le transit, gêné en position debout.*

Une radiographie faite à cette époque confirme la présence de cette vaste poche duodénale, faisant songer à un très gros diverticule accolé.

Ce n'est que le 23 octobre 1933 qu'un second examen radiologique est pratiqué.

Après avoir révélé l'intégrité du cœur et des poumons, la radioscopie montre encore, chez notre malade à jeun, un estomac extrêmement dilaté. La baryte ingérée, poussée par quelques rares contractions, se répand dans le bas fond gastrique, puis injecte une poche duodénale arrêtant là son cheminement.

Par contre, en position couchée, l'estomac se vide subitement dans un duodénum dilaté à l'extrême. Mais alors que dix-sept mois plus tôt cette stase duodénale se limitait au niveau de la deuxième portion, *c'est aujourd'hui, au niveau de la troisième que l'injection s'arrête.*

L'aspect est donc typique ; il existe *une sténose duodénale dont le siège paraît être la troisième portion. La rétrodilata-tion de la portion sus-jacente du duodénum et de l'estomac est considérable et s'accompagne d'atonie gastrique avec insuffisance pylorique.*

LE TRAITEMENT

Les moyens auxquels ont eu recours les différents auteurs pour faire cesser la compression par pédicule mésentérique sont fort nombreux.

La libération du mésentère (VANDERHOOF), les *colopexies variées* (KELLOG-ALGLAVE), la déviation des matières par *iléo-sigmoïdostomie* (LANE), les *colectomies* partielles ou totales (BLOODGOOD) ont été tour à tour employées. Mais délaissant toutes ces méthodes de traitement direct ayant pour but de supprimer la traction mésentérique, on se propose actuellement de rétablir le transit intestinal en tournant l'obstacle. Pour ce faire, on pratique la *duodéno-jejunostomie* ou la *gastro-entérostomie*.

Proposée par BARKER en 1906 et exécutée quelques années après par STAVELY, la *duodéno-jejunostomie* est une opération très satisfaisante et certainement la plus en faveur.

PETIT, dans sa thèse (1) propose la « duodéno-

(1) L. PETIT (*De l'étranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère*, Thèse Paris, 1900-01).

jejuno-anastomose » qu'il juge la meilleure opération. P. DELBET (1), P. MOCQUOT (2), A. WEISS (3), BRIN et DÉNÉCHAU (4), en sont également partisans.

Je pense, dit M. BRÉCHOT (5), que lorsqu'il existe une grande dimension du duodénum, la musculature stomacale en est véritablement paralysée et que la duodéno-jejunostomie est alors un moyen plus favorable, pour permettre à la motricité stomacale de forcer le grêle rétracté, que la gastro-entérostomie.

FINNEY trouve la gastro-entérostomie insuffisante et VANDERHOOF dit que, sauf exceptions, elle ne donne pas de bons résultats.

Une duodéno-jejunostomie paraissant difficile, c'est pourtant une gastro-entérostomie qui fut pratiquée sur notre malade par le Dr DUVAL le 9 novembre 1933 et qui a donné les meilleurs résultats. Les suites opératoires furent en effet très simples, l'alimentation fut reprise rapidement, le malade n'a plus jamais eu de troubles dyspeptiques et il a repris six kilogs.

Par malheur, ce seul cas « heureux », ne peut nous permettre de conclure et de réhabiliter la gastro-entérostomie de plus en plus abandonnée.

(1) P. DELBET (*Soc. de chirurgie de Paris*, mars 1920).

(2) P. MOCQUOT (*Soc. de chirurgie de Paris*, nov. 1922).

(3) A. WEISS (*Archives appareil digestif*, avril 1925).

(4) BRIN et DÉNÉCHAU (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, juillet 1925).

(5) BRÉCHOT (*Bulletin de la Soc. de Chirurgie de Paris*, mars 1922).

PATHOGÉNIE

On a beaucoup discuté sur l'étiologie très complexe de ces sténoses duodénales.

Laissant de côté toutes les causes de sténose organique, telles que les brides et trousseaux fibreux, les cicatrices d'ulcère, les cancers primitifs du duodénum ou tumeurs duodénales diverses, nous n'étudierons que les sténoses fonctionnelles.

Ce sont celles qui, par définition, ne comportent pas de lésions de la paroi duodénale. Il n'existe plus de formation anormale, ce sont seulement des dispositions anormales qui créent des gênes purement fonctionnelles.

Le spasme, si important au niveau du pylore, est ici moins fréquent en tant que facteur de sténose.

Deux causes surtout sont importantes : la coudure des diverses parties du duodénum au cours des ptoses et, l'étranglement de l'organe par le compas mésentérique.

Le rôle *des ptoses* est capital.

Ptose des organes voisins : Du cæcum, du côlon

ascendant, de l'angle droit du côlon qui attire le duodénum en bas.

Le mésentère lui-même peut être pathologiquement augmenté de poids et d'épaisseur, bourré de ganglions et entraîner une sténose duodénale d'origine non pas artérielle, mais mésentérique.

Le duodénum peut présenter une anomalie congénitale de forme qui facilite la création sur son trajet d'une sténose fonctionnelle.

Enfin, il peut être écrasé par le *pédicule vasculaire*.

Le duodénum est normalement croisé sur la face antérieure de sa troisième portion par l'artère mésentérique supérieure qui se détache de l'artère abdominale. Celle-ci passe en arrière du duodénum qui est donc compris dans un véritable compas artériel aortico-mésentérique fermé en haut.

Diverses conditions peuvent contribuer à re-fermer ce compas en agissant sur sa branche mésentérique. Ce sera le fait *d'un mésentère congénitalement trop court* (DUVAL et GATELLIER. Les Sténoses sous-vatériennes du duodénum. *Arch. des mal. de l'app. digestif*, t. XI, n° 3), *de certaines dispositions anatomiques anormales* ou de ptose rénale droite, qui, pour ALGLAVE serait capable par l'intermédiaire de l'artère colique médiane, de tirer sur la mésentérique et de provoquer la sténose.

Mais cette sténose artérielle peut-être créée beaucoup plus simplement *par les artères elles-mêmes qui composent ce pédicule mésentérique et qui de-*

viennent indurées, athéromateuses, déterminant une compression plus serrée d'autant.

C'est précisément cette cause qui semble être en jeu chez notre malade : c'est en effet, *aux vaisseaux mésentériques artérioscléreux*, apparaissant lors de l'intervention, *volumineux, durs et rigides et, comprimant très nettement le duodénum à la limite de sa dilatation*, que de toute évidence on peut attribuer cette sténose.

DIAGNOSTIC

Les accidents d'occlusion chronique du duodénum par compression mésentérique ont été confondus jusqu'alors avec les autres affections douloureuses, mieux connues, de l'hypocondre droit, ulcère duodénal, lithiase des voies biliaires, plus rarement maladie des reins.

L'apparition des crises plusieurs heures après les repas fait penser aux « douleurs tardives » de l'ulcère juxta pylorique ou de la lithiase biliaire.

Mais, *dans l'ulcère du duodénum*, on voit bien rarement les douleurs tardives se terminer par un vomissement.

En outre, l'intermittence des crises a un caractère différent: après une poussée aiguë, le malade revient lentement à la normale. La crise courte et brutale de l'occlusion duodénale par compression mésentérique ne se voit jamais dans l'ulcère.

La lithiase vésiculaire, et mieux encore *les calculs du cholédoque* peuvent donner un syndrome de douleurs tardives terminées par un vomissement. Les si-

gnes classiques de l'affection sont souvent difficiles à déceler. Le Pr. DELBET put affirmer le diagnostic de calcul du cholédoque en faisant analyser les urines de deux heures en deux heures après la crise. Les pigments biliaires apparaissent dans l'urine de la sixième à la huitième heure. *La participation du rein droit* est assez facile à éliminer ; cependant, ALGLAVE a suggéré l'idée que des crises d'occlusion duodénale déterminées par la ptose du rein droit, pourraient être confondues avec les accidents d'étranglement rénal.

Les tumeurs malignes du duodénum peuvent aisément prêter à confusion.

M^{me} M..., 32 ans, entre à l'hôpital le 7 janvier 1935. Elle présente depuis six mois environ des vomissements bilieux presque quotidiens, accompagnés de quelques douleurs. Amaigrissement considérable, avec peau sèche et saillie des os. Appétit conservé. *La radiologie* révèle une image de ptose gastrique et de sténose de D3. On pose alors le diagnostic de *Sténose par pince mésentérique* et, l'on est fort surpris de découvrir, lors d'une laparatomie exploratrice, (le 15 janvier 1935) *un néo très étendu*.

Les occlusions chroniques des anses hautes de l'intestin grêle sont rares ; le diagnostic en doit être bien difficile en dehors d'un examen radiologique précis ou de l'intervention.

C'est encore la radiologie qui chez notre malade permet d'éliminer le diagnostic de *gros diverticule accolé au duodénum*. La dilatation siège sur le conduit

digestif lui-même et ce n'est qu'à l'intérieur de celui-ci que s'effectue le transit.

Un fait cependant mérite d'être signalé, lors du premier examen de notre malade en 1932, la radiologie situe la dilatation duodénale au niveau de la deuxième portion, alors que dix-sept mois plus tard, elle siège au niveau de la troisième portion.

Dans ces sténoses mésentériques, la dilatation peut donc commencer au niveau de la deuxième portion du duodénum, l'étranglement paraissant dû à la *colica média*. Éliminant toutes les affections précitées, on peut, chez notre malade, conclure à une sténose de la troisième portion du duodénum, probablement par *pédicule mésentérique*. Les autres causes de rétrécissement sous-vatérien du duodénum, aussi bien les cicatrices d'ulcères, que les compressions par tumeurs de voisinage ou brides congénitales, sont en effet exceptionnelles.

L'intervention n'a fait, d'ailleurs, que confirmer ce diagnostic.

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1^o L'occlusion de la troisième portion duodénale, par le pédicule mésentérique, constitue une entité clinique et radiologique.

2^o On y songera quand, chez un sujet d'un certain âge, on constatera un amaigrissement important et progressif avec vomissement bilieux sans anorexie ni douleur nette.

3^o Radiologiquement, la sténose peut commencer au niveau de la deuxième portion, c'est alors, très probablement, la compression par la « colica média » qui entre en jeu.

4^o Dans notre cas, c'est l'athérome des artères mésentériques qui paraît devoir être incriminé.

5^o La seule thérapeutique efficace est l'intervention chirurgicale.

6^o Celle-ci, autant que possible, consistera en duodéno jejunostomie, mais, à son défaut, la gastro-entérostomie peut donner de bons résultats.

Vu :

Vu :

Le Doyen,

Le Président de la thèse :

G. ROUSSY.

LEREBOULLET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMEUR :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BRAUN. — Mesenteric arterio duodenal occlusion and acute dilatation of stomach. (*Beitr. Z. Klin. Chir.*, 128 : 103-141, 1923).
- BRIN et DÉNÉCHAU (d'Angers). — Un cas de compression chronique de la troisième portion du duodénum par la mésentérique supérieure athéromateuse et considérablement augmentée de volume — opération — guérison. (*Société médicale des Hôpitaux*, 19 juillet 1925, p. 1202).
- DELBET. — Occlusion chronique du duodénum par compression mésentérique. Duodéno-jejunostomie. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XLVI, n° 11, p. 471).
- DUVAL et BASSET. — Coexistence d'une sténose de la troisième portion du duodénum par compression mésentérique et d'un ulcère de la première ou deuxième portion. (Discussion sur la conduite chirurgicale opportune). (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XLVIII, n° 10, p. 391).
- FAMULARI. — Considerazioni cliniche ed etiopatogenetiche su d'un caso di stenosi della terza porzione del duodeno per compressione arteriomesenterica. (*Arch. ital. d. mal. l'app. digestif*, et. CCCCXV-CCCCXXVII, octobre 1932).
- GUTMANN. — *Les Syndromes douloureux de la région épigastrique*.
- HABERER. — Acute arterio-mesenteric constriction of duodenum. (*Arch. F. Klin. chir.*, 132 : 202-211, 1924 (illust.)).
- LEVEUF. — L'occlusion chronique du duodénum par compression mésentérique. (*Revue de Chirurgie*, 1920, n° 11, p. 616).
- MOCQUOT. — Un cas d'obstruction duodénale par le pédicule

- mésentérique. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XLIII, n° 28, p. 1137).
- PETIT. — *De l'étranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère.* (Thèse, Paris, 1900-01).
- PETREN. — Chronic artériomésentérial stenosis of duodenum. (*Beitr. Z. Klin. Chir.*, 135-391-397, 1926 (illust.)).
- REINHARD. — Arterio-mesenteric occlusion of duodénum. (*Deutsche Ztschr. F. Chir.*, 168 : 319-353, 1922).
- ROMME. — L'occlusion duodénale chronique artériomésentérique chez les ptosiques. (*Presse médicale*, Paris, 1918, XXVI, 45-46.).
- SALOMON. — *Der arteriomesenteriale. Darm., Verschluss, etc...* (Thèse Leipzig, 1912).
- SANTORO. — Stenosi cronica arterio-mesenteriale del duodeno. (*Radiol. Méd.*, 18 : 712-722, June 1931).
- TINKHAM. — Chronic arterio-mesentério obstruction of duodenum. (*Boston M. et S. J.*, 188 : 397-401, March. 22, 1923).
- WEISS. — La duodéno-jéjunostomie appliquée à trente-quatre cas de sténose chronique sous-vatérienne. Travail clinique du Pr. P. Duval. (*Arch. app. digestif*, avril 1925, p. 318).

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 7-5-1935.
